FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

457

Année 1904 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue le samedi 16 juillet 1904 à 1 heure

Par E. ARCHAROUNI

CONGESTION

BRONCHO-PULMONAIRE DU SOMMET

Au cours de la fièvre typhoïde

Président : M. DIEULAFOY, *professeur*.

Juges : MM. DEBOVE et HUTINEL, *professeurs*.
ACHARD, *agrégé*.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
26, Rue Monsieur-le-Prince, 26
1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	N...
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	N....
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	TERRIER. LE DENTU. TILLAUX. BERGER.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Professeurs honoraires : MM. JACCOUD, FOURNIER, FARABEUF *et* DUPLAY.

Agrégés en exercice.

MM.

ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA TOURETTE	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	GOSSET	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOUGET	MAUCLAIRE	THOINET
BROCA (Aug.)	GUIART	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	HARTMANN	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	JEANSELME	REMY	WALTHER
CUNEO	LANGLOIS	RENON	WIDAL
DEMELIN	LAUNOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LEGRY	RIEFFEL (chef des trav. anat.)	
DUPRE			

Le Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Affectueux hommage

A MONSIEUR B.-B. GARABEDIAN

Faible témoignage de profonde reconnaissance.

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR **DIEULAFOY**

Professeur de Clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris.
Membre de l'Académie de médecine.
Médecin de l'Hôtel-Dieu.
Commandeur de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

Avant d'entrer dans le vif de notre sujet nous nous croyons en devoir d'exprimer notre gratitude à tous nos maîtres des Facultés de Paris et de Montpellier.

Et particulièrement nous prions M. le professeur Dieulafoy d'accepter notre plus vive reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a constamment témoignée.

Durant tout le temps de nos études et principalement au moment de notre stage médical dans son service de l'Hôtel-Dieu nous avons largement profité de son enseignement si clair, si attrayant et si savant. Et arrivé au terme de nos études, nous nous sentons vraiment fier d'être l'élève du grand Maître.

Nous le remercions vivement aussi pour le grand honneur qu'il nous fait aujourd'hui en acceptant la présidence de notre thèse.

Que MM. les professeurs Pinard et de Lapersonne reçoivent nos meilleurs remerciements pour l'enseigne-

ment qu'ils nous ont prodigué pendant notre stage de Clinique obstétricale et ophtalmologique.

Nous tenons également à exprimer notre gratitude à M. le professeur agrégé WIDAL qui nous a donné l'idée de ce travail et a mis à notre disposition tout ce qui pouvait le faciliter.

Nous remercions M. le Dr AVIRAGNET pour les observations qu'il nous a confiées avec une amabilité toute particulière.

INTRODUCTION

La fièvre typhoïde est la maladie générale par excellence.

Quel est l'organe en effet qui n'a pas ses manifestations au cours de cette maladie? Le tube digestif, le système nerveux, les organes de la circulation et de la respiration, l'appareil urinaire, les muscles, le système osseux, les organes des sens, la peau, tous les appareils, tous les tissus pourrait-on dire sont plus ou moins atteints par l'intoxication typhique.

Parmi toutes ces manifestations morbides il y en a qui sont constantes, ne manquent presque jamais et elles sont la signature même de la maladie.

Nous rangeons dans ce groupe à côté des taches rosées, de l'ulcération des plaques de Peyer et de l'hypertrophie de la rate, la congestion broncho-pulmonaire.

Et c'est une localisation spéciale de cette manifestation que nous choisissons comme sujet de notre thèse.

Il nous a été suggéré par M. Widal, dont nous suivions le service depuis quelque temps.

C'est au moment de la dernière épidémie de Paris que nous avons eu l'occasion de suivre jour par jour deux typhiques qui présentaient une congestion broncho-pulmonaire du sommet et dont nous rapportons les observations (Obs. I et II).

Il est presque d'usage de mettre au début d'une thèse un chapitre concernant l'historique du sujet que l'on traite. Si nous avons omis ce chapitre, c'est avec raison. Car ayant consulté la plupart des travaux qui ont paru sur la fièvre typhoïde, nous n'avons pas rencontré un travail d'ensemble sur la question qui nous occupe.

Nous devons citer quand même la thèse de M. Vazeille, soutenue à Paris en 1885 avec le titre de *Complication pulmonaire de la fièvre typhoïde simulant la tuberculose.* Mais nous avons vu avec regret que la thèse en question ne contenait pas de bibliographie, ce qui nous aurait facilité nos recherches.

Tous les anciens auteurs, tels que Bretonneau, Louis, de Larroque, etc. ne parlent que d'une congestion hypostatique des bases. Les plus modernes, même ceux qui se sont occupés particulièrement des complications pulmonaires de la fièvre typhoïde ne signalent pas la localisation au sommet de la congestion typhique.

Nous avons trouvé dans quelques thèses (Castex, Cazalis) des observations dans lesquelles les auteurs ont noté des râles sous-crépitants ou de la respiration

soufflante aux sommets chez des typhiques, mais ils n'ont pas cherché à les interpréter.

Murchison dans son remarquable *Traité de la fièvre typhoïde* parle à peine de la congestion du poumon. Mais il cite une observation intitulée : *Fièvre typhoïde simulant une tuberculose aiguë*, que nous rapportons en deux mots à la fin de nos observations.

Enfin, plus récemment, Montier dans sa thèse sur la forme pulmonaire de la fièvre typhoïde y fait allusion en ces termes : « Parfois, mais le fait est rare, le maximum de ces râles se trouve au sommet et l'on comprend dans ce cas combien peut être difficile le diagnostic avec la tuberculose aiguë. »

Nous avons cherché à expliquer pourquoi cette localisation au sommet de la congestion typhique, qui en somme n'est pas aussi rare, a passé presque inaperçue ?

D'abord, il nous semble qu'on n'a pas l'habitude d'ausculter toujours les sommets chez les typhiques, et par hasard si on les auscultait, et on arrivait à y trouver des râles et de la matité, on n'hésiterait pas à qualifier ce sommet de « suspect. »

Nous sommes tellement habitués à ne voir aux sommets que de la tuberculose, qu'il nous paraît difficile d'y voir autre chose.

A ce propos les phrases suivantes de Guéneau de Mussy sont typiques. Après avoir donné le résumé de deux observations de congestion typhique du sommet pulmonaire dans toute sa pureté, il ajoute : « Je n'oserai pas affirmer cependant qu'il n'y avait pas au

sommet de ce poumon quelques granulations tuberculeuses. »

Le plan de notre travail est simple. Nous avons voulu rester surtout sur le terrain clinique. Et si nous avons insisté un peu longuement dans le chapitre de pathogénie sur des questions plus ou moins théoriques, c'était pour en tirer les conclusions nécessaires pour le pronostic et le traitement des congestions du sommet au cours de la fièvre typhoïde.

DESCRIPTION CLINIQUE

La description clinique de la congestion broncho pulmonaire du sommet au cours de la fièvre typhoïde est en tout point comparable à la congestion banale, habituelle des bases. Le seul point intéressant c'est la localisation des symptômes aux sommets et de ce fait simulant presque toujours la tuberculose pulmonaire.

Symptomes. — Ce sont surtout des symptômes stéthoscopiques qui nous renseignent sur la congestion des sommets.

A la percussion le plus souvent on constate de la submatité localisée en avant dans la région sous-claviculaire et en arrière dans la fosse sus-épineuse. Rarement cette submatité peut aller jusqu'à une matité complète. Aussi il peut arriver que la percussion ne révèle rien du tout et c'est dans les cas où il n'y a qu'une simple hyperhémie bronchique.

A l'auscultation on peut entendre toute la gamme des râles. Tantôt on n'entend que des râles sibilants et ronflants, et rien de plus. C'est lorsque la congestion ne se localise qu'aux bronches.

Mais lorsque le parenchyme pulmonaire est atteint à son tour, on voit apparaître alors les râles crépitants, sous-crépitants et même de gros râles muqueux simulant le gargouillement caverneux.

Les râles sont localisés surtout aux sommets ; habituellement ils apparaissent d'abord à l'un des sommets, ensuite ils passent à l'autre et rarement ils se généralisent, et même dans ces cas leur maximum reste aux sommets.

La respiration est presque toujours soufflante. C'est un signe qui apparaît le premier et disparaît le dernier. Bien après la disparition des autres symptômes les sommets restent soufflants.

L'expectoration manque souvent. Et lorsqu'elle existe les crachats n'ont rien de caractéristique. Ils présentent des aspects très divers : crachats muqueux, sanguinolents, filants, puriformes, etc. L'examen microscopique décèle des bactéries ordinaires. Nous n'avons que deux observations où l'examen a été fait, et on n'a pas pu y trouver le bacille d'Eberth.

Quelquefois l'expectoration est très abondante. La malade de notre observation III et ceux de deux observations de Vazeilles « remplissaient presque leurs crachoirs ».

La dyspnée est presque nulle, même avec une congestion assez intense. Et lorsque les malades présentent une dyspnée marquée au cours de la fièvre typhoïde, elle est due surtout à la gravité de l'intoxication générale. C'est une dyspnée toxique.

Cette disproportion entre les signes d'auscultation et

la dyspnée dans les congestions de la fièvre typhoïde a été observée par les anciens auteurs. Louis dans son *Traité de la fièvre typhoïde* en parle et voici ce qu'il dit :

« ... C'est surtout la disproportion entre la dyspnée et le râle qui donne à celui-ci quelque chose de caractéristique dans l'affection typhoïde : de manière que sa présence dans un cas douteux, quand l'affection est légère, les symptômes cérébraux peu prononcés, pourrait éclairer le diagnostic. »

Caractères des symptômes. — Les symptômes, que nous venons d'énumérer ont ceci de caractéristique qu'ils sont très variables et très mobiles.

A ce point de vue ils sont tout à fait comparables aux symptômes des localisations pulmonaires du rhumatisme articulaire aigu. En effet ils sont d'une variabilité et mobilité étonnantes. Toute la série de râles différents apparaît et disparaît d'un moment à l'autre. Les sibilants, sous-crépitants, les gros râles muqueux se succèdent avec une rapidité surprenante.

Ainsi là où tout d'abord on n'avait trouvé que des sibilants, d'un moment à l'autre les sous-crépitants apparaissent, pour céder la place ensuite aux crépitants. Après avoir entendu la veille de gros râles muqueux simulant le gargouillement on est tout surpris le lendemain de n'y trouver qu'une respiration rude et soufflante.

Ils sont en même temps très mobiles. Ils apparaissent le plus souvent d'un seul côté mais ils ne tardent pas à passer à l'autre côté, descendre plus bas que le

sommet et se disséminer dans toute l'étendue du poumon.

Évolution clinique des symptômes. — Les signes de la congestion du sommet apparaissent presque toujours au début de la maladie. Dans toutes nos observations ils ont été constatés entre le septième et le dixième jour. Dans un cas (obs. III) c'est au début d'une rechute qu'ils font leur apparition. Ce qui revient au même, puisque avec la rechute c'était une nouvelle fièvre typhoïde qui ne faisait que commencer.

Ils sont contemporains des autres symptômes de la fièvre typhoïde. Ils évoluent avec ceux-ci, subissent une marche presque parallèle à la fièvre et disparaissent avec les autres manifestations de la maladie. Au début de la convalescence on n'en trouve plus de traces, sinon une respiration soufflante qui persiste encore quelque temps.

Le parallélisme et le rapport intime des signes de la congestion du sommet avec les autres signes de la maladie est un point très important pour nous, car c'est un des principaux arguments que nous invoquerons dans le chapitre suivant pour prouver que la congestions du sommet n'est pas une simple congestion passive, mais bel et bien une congestion active, créée et entretenue par les toxines éberthiennes.

PATHOGÉNIE

Il est un phénomène qui domine toutes les manifestations morbides de la fièvre typhoïde : c'est la congestion.

Lorsqu'on fait la nécropsie d'un typhique on la rencontre partout : congestion des intestins, principalement des plaques de Peyer, congestion de la rate, des reins, du cerveau, de la peau (taches rosées), des muqueuses et enfin des bronches et des poumons pour n'en citer que les principales.

En laissant de côté toutes les autres congestions, nous allons nous occuper particulièrement de la pathogénie des congestions broncho-pulmonaires au cours de la fièvre typhoïde.

La première question qui se pose c'est de savoir si cette congestion est une simple congestion passive, hypostatique comme on l'appelle encore, une stase sanguine due à une cause toute mécanique, ou bien c'est une congestion active, étant sous la dépendance

directe de l'infection typhique, causée et entretenue par celle-ci.

Il nous a paru intéressant de parcourir rapidement la littérature médicale pour savoir quelle était l'opinion des anciens auteurs à ce sujet.

La plupart d'entre eux, la presque totalité, dit de Larroque, ne parlent que d'une hyperhémie hypostatique, comme Bretonneau, Louis, Chomel, etc. Mais déjà en 1834 Bazin pose la question des congestions actives d'une manière très intéressante et voici ce qu'il dit : « On ignore en effet si les hyperhémies symptômatiques de la fièvre sont dues à l'état particulier du sang, à sa stase totale ou partielle, à *quelque principe particulier émané d'une cause infectante, à une certaine perturbation dans l'origine des nerfs*, mais on peut dire sans hésitation qu'elles sont plus ou moins évidentes chez tous les individus atteints de fièvre typhoïde. »

Et voici ce qu'écrit de Larroque en 1847 dans son *Traité de la fièvre typhoïde* : « Elles occupent (les hyperhémies) si souvent les lobes inférieurs des poumons et plus spécialement les bords postérieurs que divers praticiens et même la presque totalité ont pensé qu'elles sont le produit de la stase qu'éprouve le sang pendant le décubitus dorsal, ou bien de la congestion qui a lieu durant les derniers instants de la vie. Nul doute que ces deux causes ne concourent pour beaucoup à leur formation ; mais quand on réfléchit avec M. Bazin que ces variétés d'hyperhémie peuvent avoir lieu dans tous les points du parenchyme pulmonaire, qu'on les a

observées en haut comme en bas, en avant comme en arrière, plus particulièrement à droite qu'à gauche il est difficile d'admettre que les lois de la pesanteur jouent ici un rôle isolé. Les rapports que ces congestions ont avec la pneumonie, laquelle comme elles, occupe communément les lobes inférieurs des poumons, le côté droit plus souvent que le côté gauche, le bord postérieur plus familièrement que l'antérieur, prouvent évidemment qu'elles sont du moins en partie la conséquence d'*une excitation du parenchyme pulmonaire.* »

C'est avec une profonde admiration envers ces deux cliniciens que nous citons textuellement les lignes qui précèdent. Car à une époque où microbes et toxines étaient des choses presque inconnues, rien que par leur esprit vraiment clinique ils sont arrivés à des conclusions aussi précises et aussi nettes dans la question qui nous occupe.

L'un avec une hésitation bien compréhensible, parle de « *quelque principe particulier émané d'une cause infectante, et d'une certaine perturbation dans l'origine des nerfs.* »

N'est-ce pas là toute la théorie actuelle des toxines et des troubles vasomoteurs auxquels on fait jouer le principal rôle dans les congestions en général ?

Et de Larroque à un moment où *la presque totalité* des praticiens ne pensent qu'à des lois de pesanteur pour expliquer les congestions, lui, pense à une *excitation du parenchyme pulmonaire*, faisant jouer à celui ci un rôle actif dans les congestions.

Bouillaud localise la congestion typhique surtout à

la base des poumons et les rattache à l'infection du sang et à l'inflammation vasculaire qui constitue pour lui l'élément le plus essentiel de la fièvre typhoïde.

Chédevergue pose en principe que les manifestations pulmonaires de la fièvre typhoïde sont de nature congestive et il différencie les congestions actives de celles qui constituent une pneumonie hypostatique ; celle-ci se développe toujours à la partie inférieure et postérieure du poumon et n'a pas de limite bien tranchée, l'autre est bien circonscrite : elle se montre en un point quelconque du poumon dans les premiers temps de la maladie.

Pour résumer nous dirons donc que la plupart des anciens auteurs considéraient les congestions du poumon au cours de la fièvre typhoïde comme des congestions hypostatiques.

Mais depuis Bazin il y a eu de nombreux auteurs qui tout en attribuant un rôle assez important aux lois de pesanteur dans la pathogénie de ces congestions, ont considéré ces phénomèmes congestifs comme des congestions actives.

Aujourd'hui il nous semble que l'accord doit être fait. Les congestions broncho-pulmonaires de la fièvre typhoïde sont des congestions actives.

Nous ne voulons pas discuter l'existence de congestions hypostatiques chez les vieillards, ou les cachectiques condamnés à un décubitus dorsal prolongé ; nous admettons parfaitement que chez les cardiaques et les rénaux on puisse voir des stases sanguines

dans le territoire pulmonaire dues à des causes tout à fait mécaniques.

Mais comment admettre la possibilité d'une simple stase lorsqu'il est question d'une congestion qui apparaît dès le début de la maladie et sans la présence d'aucune complication cardiaque ? Peut-on invoquer dans ces cas-là le décubitus dorsal prolongé et l'affaiblissement du muscle cardiaque, les deux facteurs essentiels dans la pathogénie et l'étiologie des congestions passives ? Il est de toute évidence que non.

En outre ces congestions ont des rapports tellement intimes avec les autres manifestations de la fièvre typhoïde qu'on ne peut pas les séparer de celles-ci. La cause et le mécanisme des unes appartiennent aussi aux autres.

Il va sans dire que tout ce que nous venons de dire au sujet de la congestion pulmonaire en général, s'applique aussi à la congestion du sommet. Et d'ailleurs si à la rigueur on peut discuter encore et soutenir la passivité de la congestion lorsqu'elle est à la base des poumons, il ne peut plus en être question lorsqu'elle se déclare aux sommets. Ici la pesanteur et la stase n'ont aucun rôle à jouer. Car en somme qu'est-ce qui a fait dire que les congestions typhiques étaient des congestions passives ? Rien que leur localisation fréquente en bas et en arrière ; ç'a été croyons-nous le seul argument, et cet argument n'ayant aucune valeur dans les congestions du sommet, il ne peut pas y avoir lieu de discussion.

Mais la congestion du sommet tout en étant une congestion active, est-elle spécifique ? Est-elle une manifestation directe de l'intoxication éberthienne ? Et dans ce cas est-elle due aux bacilles de la fièvre typhoïde ou aux toxines ?

Voilà autant de questions auxquelles nous chercherons à répondre.

La congestion broncho-pulmonaire du sommet au cours de la fièvre typhoïde est en même temps une congestion spécifique ; c'est une manifestation directe de l'intoxication éberthienne, au même titre que la fièvre, les taches rosées, etc. Faut-il faire intervenir une infection secondaire par les microbes ordinaires saprophytes des poumons et des bronches ? Nous ne le croyons pas. Même s'il fallait y songer, leur intervention ne pourrait s'expliquer que par la préparation du terrain par l'infection typhique. Ce qui revient presque au même.

A l'appui de ce que nous venons de dire concernant la spécificité des congestions typhiques nous citons les phrases suivantes de M. Chantemesse.

« Pour nous certaines formes de broncho-pneumonie ou de pneumonie lobaire qui s'observent dans la fièvre typhoïde sont *comme la bronchite* (et nous ajouterons) comme la congestion broncho-pulmonaire du sommet des lésions spécifiques, manifestations pulmonaires de la dothiénentérie. De même sont lésions spécifiques de la coqueluche ou de la rougeole les bronchites observées au cours de ces maladies. »

On a dû attendre longtemps avant de pouvoir déce-

ler le bacille d'Eberth dans les poumons. MM. Chantemesse et Widal ont été des premiers à signaler sa présence. Depuis les observations sont devenues plus nombreuses. Et aujourd'hui il est incontestable que le bacille typhique parti de l'intestin, charrié par le sang jusqu'aux poumons peut être la cause de complications pulmonaires.

Mais il nous semble que la présence dans les poumons du bacille d'Eberth n'est pas indispensable pour y produire des phénomène congestifs.

Les bacilles agissent par leurs toxines. Que celles-ci soient sécrétées sur place comme dans les cas où on a pu trouver le bacille, ou qu'elles soient sécrétées au niveau des plaques de Peyer et entraînées par le courant sanguin jusqu'aux poumons, le résultat sera le même.

Les toxines agissent de deux manières. Elle peuvent produire une lésion de l'endothélium pulmonaire suivie d'une extravasation sanguine, ou bien agir sur les extrémités nerveuses produisant ainsi une paralysie vasomotrice des petits vaisseaux pulmonaires.

Quelques mots seulement à propos de la localisation au sommet de la congestion typhique.

Comment expliquer cette localisation anormale? Faut-il songer à des sommets plus ou moins « tarés » par des antécédents héréditaires ou personnels? N'existerait-il pas quelques granulations bacillaires autour desquelles se fait une poussée de congestion?

C'est le point le plus délicat de notre sujet. Car nous voyons l'objection que peuvent nous faire ceux qui

voudront quand même y trouver de la tuberculose. Nous les entendons dire. « Il se passe quelque chose aux sommets des malades ayant des antécédents héréditaires bacillaires, cherchez la tuberculose.» Et ils ajouteront comme Guéneau de Mussy « qu'ils n'oseraient pas affirmer qu'il n'y avait pas au sommet de ces poumons quelques granulations tuberculeuses autour desquelles s'étaient localisées des congestions passagères qui ont disparu sans laisser traces. »

Eh bien, qu'il nous soit permis de l'affirmer pièces en main au moins dans deux cas où on a pu faire l'autopsie des malades. C'est d'abord le cas de la malade de notre troisième observation, ensuite celui de la malade citée par Murchison. Toutes les deux ont simulé la tuberculose aiguë au cours de la fièvre typhoïde et à l'autopsie on n'a trouvé aucune trace de tuberculose.

Quant aux autres malades il serait vraiment étonnant que nous nous trouvions en face d'une série heureuse où les lésions bacillaires sont restées stationnaires, ne marchant pas vers le ramollissement caséeux et se bornant à ne produire qu'une congestion de voisinage ; tandis qu'il est admis aujourd'hui presque par tous les auteurs, comme nous le verrons dans le chapitre suivant, que la fièvre typhoïde c'est « le coup de fouet » de la tuberculose et elle « prend le malade tuberculeux et le laissse phtisique » suivant l'heureuse expression de M. Widal.

Nous pourrions dire à la rigueur que nous ne nous expliquons pas cette localisation anormale pas plus que l'on peut s'expliquer la localisation anormale d'une

pneumococcie dans les cas de pneumonie du sommet.

Mais la congestion du sommet au cours de la fièvre typhoïde est-elle vraiment aussi rare que l'on pense? Nous ne le croyons pas ; nous allons même plus loin et nous disons que si on auscultait de parti pris les sommets chez les typhiques, on verrait que la congestion éberthienne a une certaine prédilection pour les sommets pulmonaires.

TUBERCULOSE ET FIÈVRE TYPHOIDE

Le chapitre que nous intercalons ici peut paraître de prime abord étranger à notre sujet. Mais il était indispensable que nous disions quelques mots des rapports de la tuberculose avec la fièvre typhoïde avant d'aborder la question de diagnostic.

Rilliet et Barthez, Révillod etc. ont cherché à prouvre qu'il existait une sorte d'antagonisme entre la fièvre typhoïde et la tuberculose. Et depuis la question a été discutée maintes et maintes fois. De nombreux travaux ont été faits à ce sujet et la question est presque jugée aujourd'hui : il n'existe aucun antagonisme entre la fièvre typhoïde et la tuberculose et même la première favoriserait l'éclosion et l'aggravation de la seconde.

Voici d'ailleurs les opinions de quelques autorités médicales à ce sujet.

Guéneau de Mussy dans le troisième volume de ses cliniques en parle et voici ce qu'il dit : « En présence

de graves autorités qui l'affirment (l'antagonisme) je ne le nierai pas d'une manière absolue, mais je répéterai que je n'ai jamais vu aucun fait qui justifiât cette assertion et que si de tels faits se rencontrent ils doivent être excessivement rares. Habituellement au contraire la dothiénentérie favorise le développement de la tuberculose ou si elle préexistait lui imprime une funeste impulsion. »

M. Landouzy est plus précis. « Rilliet et Barthez, Revillod croyaient à l'antagonisme de ces deux affections. Cette opinion est inexacte malheureusement. L'apparition d'une fièvre typhoïde met souvent en évidence une lésion tuberculeuse latente jusqu'alors ou bien favorise l'apparition ultérieure de la phtisie. »

M. Dieulafoy dans son manuel écrit : « La fièvre typhoïde et la tuberculose ne sont nullement antagonistes comme on l'avait dit autrefois. »

MM. Brouardel et Thoinot dans le *Traité de médecine*. « Lorsque la fièvre typhoïde éclate chez un tuberculeux elle ne semble pas revêtir une marche spéciale, mais la tuberculose prend à la convalescence une marche rapide. »

Pour M. Widal « la maladie prend le malade tuberculeux et le laisse phtisique. »

Si nous envisageons les deux infections marchant simultanément pour la plupart des auteurs *c'est presque toujours mortel.*

Quelle est leur influence réciproque au point de vue symptomatologique ?

La tuberculose se déclarant au cours de la fièvre typhoïde ne modifie en rien, disent la plupart des auteurs, la symptomatologie de la fièvre typhoïde.

Nous croyons quand même qu'il existe un symptôme subissant l'influence de la tuberculose et pouvant être d'une grande utilité dans les cas embarrassants. C'est l'accélération du pouls.

On sait qu'il y a quelque chose très caractéristique du côté du pouls dans la fièvre typhoïde. Il reste relativement lent même avec une température très élevée. Il oscille entre 80 et 100 lorsque le thermomètre marque 39°5 ou même 40°. Par contre on a insisté depuis longtemps sur l'accélération du pouls chez les tuberculeux. Dans certains cas elle est considérée comme un élément précieux de diagnostic. Donc si la tuberculose venait se déclarer au cours d'une fièvre typhoïde, le pouls ne conserverait plus sa lenteur caractéristique, et deviendrait plus rapide qu'il ne l'est dans la fièvre typhoïde.

Nous croyons aussi que la courbe thermique ne conserverait pas son aspect franc, avec sa défervescence régulière en lysis en cas de complication de tuberculose.

Les vrais symptômes qui feront penser à cette complication se déclarent au commencement de la convalescence.

1° La température reste un peu élevée oscillant entre

38° et 38° 5 au lieu de descendre au-dessous de la normale comme d'habitude, sans que rien puisse expliquer cette fièvre.

2° Le pouls reste accéléré

3° L'appétit ne revient pas, tandis que les convalescents de la fièvre typhoïde sont toujours des affamés.

4° Les sueurs nocturnes apparaissent.

5° L'examen des crachats enfin décèle la présence de bacilles de Koch.

DIAGNOSTIC

La question du diagnostic est la question la plus importante dans l'histoire de la congestion du sommet au cours de la fièvre typhoïde ; elle est en même temps la plus difficile à résoudre, car nous avons vu combien fidèlement cette congestion simule les signes de la tuberculose pulmonaire.

En effet voici un typhique qui au commencement du second septenaire présente au sommet d'un ou de deux poumons de la submatité ou de la matité à la percussion, augmentation des vibrations à la palpation et à l'auscultation de la respiration soufflante, des râles crépitants ou sous crépitants et même quelquefois du gargouillement. En somme toute la symptomatologue d'un sommet en voie de ramollissement.

Est-ce de la tuberculose, sachant qu'elle peut parfaitement se déclarer au cours de la fièvre typhoïde ? Quel sera notre pronostic, si grave dans un cas, et tout à fait bénin dans l'autre ? Et puis enfin devons-nous modifier le

traitement de la fièvre typhoïde d'une manière quelconque ?

Voici des questions de première importance pratique que nous serons obligés de résoudre au lit du malade.

Malheureusement bien souvent il nous sera presque impossible de faire le diagnostic d'une manière sûre et immédiate. Nous serons obligés de faire des réserves et attendre l'évolution ultérieure.

Malgré cette difficulté nous croyons qu'il existe quelques caractères symptomatiques, permettant de faire un diagnostic dans certains cas.

Ces caractères sont les suivants :

1° L'époque de l'apparition des symptômes.

2° La mobilité et la variabilité des signes stéthoscopiques.

3° Les caractères du pouls.

4° L'absence de dyspnée.

Epoque de l'apparition des symptômes. — Nous avons vu dans la description clinique de la congestion du sommet qu'elle était contemporaine des autres symptômes de la fièvre typhoïde, présentant un parallélisme presque parfait avec la fièvre. Donc si les symptômes énumérés un peu plus haut sont perçus au début de la maladie, à l'époque où la fièvre est encore élevée, où toute la symptomatologie de la fièvre typhoïde bat son plein il faut songer à la congestion du sommet. Tandis que si c'est au déclin de la maladie, lorsque les autres symptômes sont sur le point de disparaître et surtout si c'est au début de la convalescence que les râles ap-

paraissent aux sommets, il faut penser de suite à la tuberculose, et écarter l'idée d'une simple congestion typhique des sommets.

La variabilité des signes d'auscultation. — Nous avons aussi insisté dans le même chapitre de la description clinique sur la variabilité des signes d'auscultation. On peut se servir très avantageusement de ce caractère pour faire le diagnostic d'une congestion éberthienne.

Les râles qui apparaissent tout à coup, pour disparaître aussi subitement, qui passent d'un poumon à l'autre du jour au lendemain, changent de timbre d'un moment à l'autre, des crépitants qu'ils étaient la veille, simulent le gargouillement après vingt-quatre heures, sont sûrement des râles de poussées congestives et non d'une fonte tuberculeuse : dans ce dernier cas les symptômes n'ont pas une telle variabilité.

Le pouls. — Si malgré tous les signes d'un ramollissement bacillaire du sommet, le pouls reste lent, à 80 ou 90, on peut presque affirmer que la tuberculose n'est pas en cause. Malheureusement ce symptôme précieux n'a plus de valeur dans les cas graves de la fièvre typhoïde (Obs. III) car alors l'accélération du pouls est due à une intoxication profonde de l'organisme.

La dyspnée. — Enfin si la dyspnée fait défaut, malgré les signes d'un ramollissement avancé des sommets, il faut songer à une congestion du sommet.

C'est surtout l'évolution qui nous permettra de faire un diagnostic sûr, quoique souvent rétrospectif.

En effet, si les symptômes du sommet évoluent parallèlement à la maladie, s'ils s'ajoutent aux autres symptômes de la fièvre typhoïde sans produire aucune modification dans sa symptomatologie, en un mot si leur présence n'apparaît que comme celle d'un symptôme surajouté et non d'une complication et enfin s'ils vont en décroissant et viennent disparaître avec les autres symptômes, ne laissant aucune trace de leur passage, nous ne dirons plus comme Rilliet et Barthez que la fièvre typhoïde «a fait passer les tubercules à l'état crétacé » car nous connaissons bien aujourd'hui combien funeste est la terminaison d'une tuberculose évoluant simultanément avec la fièvre typhoïde. Nous dirons donc que tous ces râles du sommet, cette submatité, cette respiration soufflante ont simulé admirablement la tuberculose pulmonaire mais ils n'étaient en réalité que les symptômes d'une congestion éberthienne localisée aux sommets.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Le pronostic immédiat de la congestion éberthienne du sommet n'est pas grave. C'est le pronostic des congestions banales passagères des bases.

Mais il y a lieu à se demander quel sera le pronostic de l'avenir du ou des sommets atteints d'une congestion au cours de la fièvre typhoïde. Il nous semble qu'au point de vue du pronostic il est inutile de discuter si les sommets en question étaient des sommets « tarés », des lieux de moindre résistance, ou bien la localisation n'était due qu'à une prédilection de la toxi-infection typhique. Ce qui est indiscutable c'est qu'à la suite de cette atteinte ces sommets sont affaiblis et ils peuvent présenter un terrain favorable à l'éclosion de la tuberculose. Nous devons donc surveiller de plus près les sommets au cours de convalescence surtout.

Quant au traitement, il ne doit nullement être modifié par la localisation de la congestion du sommet, ce qui veut dire qu'elle n'est pas une contre-indication des bains froids.

A ce sujet nous relevons les phrases suivantes de la thèse de Vergnaud, qui nous suggèrent quelques réflexions.

« Dans les cas où l'auscultation nous fera craindre des lésions de tuberculose, surtout si les antécédents sont un peu suspects, pas de bains froids tant que la température ne dépassera pas 40°. »

Eh bien, nos malades (Obs. I et II) ont été exactement dans ce cas. C'est-à-dire *ils avaient des antécédents très suspects et l'auscultation pouvait faire craindre parfaitement la tuberculose*, les bains froids ont été continués quand même, et les malades se sont très bien trouvés. On voit donc qu'on arriverait facilement à des conclusions funestes pour les malades si on ne songeait pas à la congestion du sommet et ne cherchait pas à en faire le diagnostic, lorsqu'un typhique présente les signes stéthoscopiques d'une tuberculose pulmonaire.

Car ne serait-il pas malheureux de priver un typhique de la médication la plus puissante que nous ayons aujourd'hui en notre possession (des bains froids), méconnaissant une manifestation des plus banales de la fièvre typhoïde ?

Nous nous permettons donc de nous servir des mêmes phrases que Vergnaud et dire en les modifiant : Dans les cas où l'auscultation nous fera craindre des lésions de tuberculose, même si les antécédents sont un peu suspects, il faut *songer à la congestion banale du sommet*, manifestation assez fréquente au cours de la fièvre typhoïde, tâcher d'en faire le diagnostic et ne pas attendre que la fièvre dépasse 40° pour administrer des bains froids. »

OBSERVATIONS

Observation I

(*Recueillie dans le service* de M. Widal).

Louis Mo..., âgé de 15 ans, entre dans le service de M. Widal à l'hôpital Cochin le 25 février 1904. Il se plaint d'une céphalée violente et présente une température de 39°.

Père et mère bien portants. Une sœur vivante, six frères et sœurs morts de méningite, dit-il, en bas âge.

Il a présenté comme antécédents personnels des suppurations dans la région fessière gauche, dont on n'a pu préciser la nature.

Il y a trois semaines environ il s'est plaint du ventre, à la suite d'un coup qu'il aurait reçu.

Mais il y a douze jours environ, le soir en revenant de son travail il a été pris de céphalée et obligé de s'alliter. Il a gardé le lit depuis ce temps. Un médecin consulté a fait le diagnostic de fièvre typhoïde et l'a envoyé à l'hopital.

A l'examen il a l'aspect d'un typhique : abattement ; stupeur, langue saburrhale. La rate est grosse. On cons-

tate quelques taches rosées sur l'addomen. Il a de la diarrhée.

A l'auscultation on entend *des râles sous-crépitants au sommet gauche avec une respiration un peu rude.* Il existe aussi des râles sibilants disséminés dans les deux poumons.

Il ne tousse que depuis deux ou trois jours. *On fait des réserves sur les lésions des sommets.*

Rien à noter du côté de l'appareil circulatoire. Pouls à 88, un peu dichrote.

Température 39°, 9.

Urines assez abondantes ; diazoréaction positive.

Sérodiagnostic positif ; agglutination à 1/600. On commence le traitement par les bains froids.

27 *février.* — Rien de particulier, état stationnaire. Toujours des râles sous-crépitants au sommet gauche avec rudesse de la respiration. Pouls à 90. Les jours suivants l'état est stationnaire. Les râles diminuent au sommet gauche. La fièvre oscille autour de 39°. Pouls à 95.

7 *mars.* — Auscultation des sommets : en arrière la respiration est soufflante à gauche, les râles ont disparu, il y a submatité ; à droite on constate de nombreux râles bulleux avec craquements. En avant, à gauche et à droite mêmes signes qu'en arrière.

9 *mars.* — La température oscille autour de 39°. L'agglutination se fait à 1 / 200. Après les bains la température baisse jusqu'à 37°, 5. La diazoréaction d'Ehrlich n'existe presque plus. La rate est toujours grosse. Etat des poumons n'a pas changé.

11 *mars.* — La température oscille entre 38° et 39°. Diazoréaction : 0.

A l'auscultation au sommet gauche la respiration reste toujours soufflante, au sommet droit moins de râles. État général s'améliore. Pouls à 92.

12 *mars*. — L'état général s'améliore. Pouls à 84. Température 38° 4.

14 *mars*. — Les signes des sommets ont totalement changé. Il n'existe plus de râles, rien qu'une respiration un peu soufflante des deux côtés. Il n'y a presque plus de matité, ni de retentissement de la voix.

L'état général s'est considérablement amélioré.

15 *mars*. — Température est à 37° 5, le pouls est à 80. La rate est toujours grosse. L'agglutination est à 1/100.

17 *mars*. — L'état s'améliore de plus en plus. L'inspiration rude et soufflante des sommets est à peine marquée.

18 *mars*. — Quelques râles disséminés dans les deux poumons.

20 *mars*. — La température se maintient entre 37° et 38°. Diazoréaction = 0. L'inspiration paraît un peu plus soufflante à droite. L'état général s'améliore.

23 *mars*. — La température paraît définitivement s'arrêter à 37°. agglutination à 1/100. Diazoréaction = 0.

29 *mars*. — Auscultation des sommets : Sommet gauche submatité légère en avant et en arrière. Pas de bruits adventices. Au sommet droit la respiration est un peu obscure. Pas de bruits adventices.

On commence à alimenter le malade, ce qui produit une ascension de la température pendant quelques jours. Mais les bains ramènent la température à 37°.

L'auscultation ne donne absolument rien.

3 *avril*. — Le malade quitte l'hôpital sur la volonté expresse de sa famille.

Observation II

(*Recueillie dans le service de M.* Widal).

Reichl..., jeune fille âgée de 19 ans, entre le 13 mars 1904, à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Widal au septième jour de sa maladie.

Début. — Il y a sept jours la malade est prise brusquement de céphalée, avec vertiges et frissons. Dès le lendemain les troubles s'accentuent. L'état général s'altère. Elle se met à vomir, la fièvre est assez forte, elle tousse en outre.

Examen. — La malade présente le facies typhique caractéristique. Elle est dans la stupeur, répond avec peine aux questions qu'on lui pose. La langue est saburrhale au centre et rouge sur les bords.

A l'examen de l'abdomen on constate un météorisme assez marqué, quelques taches rosées, du gargouillement dans la fosse iliaque droite. Il y a de la diarrhée jaune ocre. La rate est grosse. La fièvre est à 40°.

La diazoréaction d'Ehrlich est positive à R ^{1}.

Le séro-diagnostic montre une agglutination à 1/100.

L'ensemencement du sang montre des bacilles d'Eberth dans le sang.

Au cœur on constate un dédoublement du second bruit assez net et un peu d'arythmie. Le pouls est petit, dépressible, intermittent. Le nombre des pulsations est 80.

Poumons. — Sommet droit :

En arrière la percussion montre une submatité très nette. Les vibrations sont augmentées. La respiration est très soufflante et rude avec des râles sibilants : ces derniers sont confluents dans les fosses sus et sous-épineuses droites. L'expiration paraît prolongée.

En avant les signes sont les mêmes.

Ces signes rapprochés de l'apparence chétive présentée par la malade et de la déformation du thorax avec scoliose très nette du côté droit la font considérer somme suspecte au point de vue de la tuberculose pulmonaire.

16 *mars.* — Les signes pulmonaires sont un peu modifiés ; les sibilants sont moins nombreux au sommet droit et on en trouve après la toux également à gauche.

Le cœur est bien frappé, l'arythmie sous l'influence du traitement (strychnine) a disparu. La stupeur paraît un peu moins prononcée. Les taches rosées sont plus nombreuses et plus manifestes. La rate mesure cinq travers de doigts. L'agglutination devient de 1/200.

18 *mars.* — La malade tousse continuellement et se plaint de douleurs entre les épaules et du côté droit.

En arrière il y a une submatité nette au sommet droit et à l'auscultation on entend des râles crépitants fins et des sibilants.

En avant la respiration est rude.

A gauche quelques sibilants disséminés.

21 *mars.* — La stupeur est très intense. La malade se plaint de rachialgie violente. Le pouls est à 120 et intermittent. La température se maintient aux environs de 40°2. La malade réagit peu aux bains.

Les signes pulmonaires sont les mêmes.

22 *mars*. — Tuphos complet. Délire, incontinence d'urines et de matières.

La toux est fréquente, expectoration assez abondante, crachats pseudo-purulents.

L'auscultation fait percevoir sous la clavicule droite une série de râles cavernuleux, du gargouillement et la matité y est absolue.

Ces signes feraient penser à la fonte caséeuse du poumon si on ne connaissait pas les faits de congestion pulmonaire du sommet au cours de la fièvre typhoïde.

D'autre part l'examen bactériologique des crachats n'ont montré que la présence des bacilles ordinaires, sans bacilles de Koch.

Du 23 au 26 mars. — L'état reste stationnaire. La température monte même à 41°. Le pouls est très rapide, le tuphos est complet. Il y a toujours de l'incontinence d'urine.

Aux poumons les signes sont très variables et changent d'un jour à l'autre. C'est ainsi que le 25 mars on constate le soir à la contre-visite des râles cavernuleux et un souffle amphorique sous la clavicule gauche, signes qui disparaissent le lendemain.

26 *mars-7 avril*. — Les symptômes paraissent s'amender peu à peu.

Le tuphos est un peu moins prononcé, la température commence à s'abaisser, les signes pulmonaires s'atténuent. Il existe aux sommets encore des râles sous-crépitants fins de congestion. La rate diminue de volume. La diarrhée cesse.

Pendant tout le mois d'avril rien de particulier à signaler.

L'amélioration se continue toujours, les symptômes pulmonaires s'amendent.

28 *avril*. — 1^er^ *mai*. — La malade fait au niveau de la cuisse et des fesses deux petits abcès qu'on ouvre au bistouri et qui laissent écouler un pus d'une odeur désagréable. A l'examen microscopique ce pus ne paraît pas contenir de bacilles d'Eberth.

Les jours suivants l'état va en s'améliorant.

La température baisse aux environs de 37°, le tuphos disparaît complètement, mais il laisse un état psychique particulier : la malade rit et pleure facilement, parle à tout propos, perd encore par instant ses urines.

Les signes pulmonaires se sont complètement modifiés. La toux a presque disparu. On entend à peine quelques sibilants et une respiration rude et soufflante au sommet droit.

La malade commence à s'alimenter et se lever.

8 *mai*. — La malade est en pleine convalescence, mais les forces reviennent lentement.

Examen des poumons. — La percussion montre une sonorité presque normale dans toute l'étendue des deux poumons. A l'auscultation nous constatons une respiration un peu soufflante à droite, mais il n'y a plus de trace de bruits adventices.

La bacillose pulmonaire ne paraît pas être en cause et les phénomènes constatés aux poumons pendant la maladie étaient bien des phénomènes d'une congestion typhique.

Observation III

(*Recueillie dans le service de M.* Widal).

Marie-Louise L..., âgée de 20 ans, entre le 26 mai 1903 à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Widal, avec des symptômes d'une fièvre typhoïde.

La maladie suit son cours normal, présentant une intensité moyenne. Rien de particulier à noter dans la première phase de la maladie. Nous supprimons donc la première partie de son observation pour ne la reprendre qu'à l'histoire de sa rechute.

La convalescence se faisait normalement, lorsque le 28 juin, au dix-septième jour de sa convalescence, brusquement la malade est prise de frissons et de claquements de dents suivis d'une fièvre de 40°. Rien, ni du côté de son abdomen, ni du côté des poumons peut expliquer ce fait. La rate qui cependant avait beaucoup diminué de volume pendant la convalescence paraît un peu grosse.

29 *juin.* — La température oscille entre 39° et 40°. La malade recommence à prendre des bains. L'ensemencement du sang est fait. La diazoréaction est négative, mais la séroréaction de 1/100 pendant la convalescence remonte à 1/200. On trouve des râles sibilants et ronflants disséminés dans la poitrine. Le cœur est rapide et il y a un peu d'arythmie. Le ventre se ballonne et la douleur reparaît dans la fosse iliaque droite. Enfin des taches rosées lenticulaires se montrent, dont on n'avait pas constaté la présence lors de la première atteinte.

29 *juin-4 juillet.* — Les symptômes s'accentuent encore. La température oscille autour de 40°. La diazoréaction réapparaît. L'agglutination est à 1/500, et le bacille d'Eberth pousse dans le sang, alors que l'ensemencement était resté négatif la première fois.

4 *juillet*-10 *juillet.* — Le cœur faiblit un peu et on fait des injections de strychnine. Pas de signes d'endocardite. Pouls rapide à 140, arythmie. Etat général mauvais, langue rôtie, anorexie complète.

La malade ne peut supporter les bains, étant aussitôt prise de frissons et ils doivent enfin être cessés.

La séro-réaction est toujours à 1/500 et la diazoréaction à R 2.

L'appareil pulmonaire présente des signes d'hyperhémie intense au sommet droit. On y perçoit des râles crépitants et sous-crépitants, avec une submatité très nette et une respiration soufflante. Ces signes varient d'un jour à l'autre et à l'auscultation on a pu constater un jour des râles caverneux au sommet droit.

Prostration extrême. Délire toute la nuit. La malade paraît très profondément intoxiquée.

11-19 *juillet.* — La température descend au-dessous de la normale. Elle est à 36°. La diazoréaction disparaît mais l'état général s'aggrave. La dyspnée augmente. La poitrine est pleine de râles, surtout aux sommets. La langue est sèche, les dents et les lèvres fuligineuses. La malade est dans l'adynamie complète. Les yeux excavés, les conjonctives injectées, le nez pincé.

Elle vomit constamment, elle ne peut rien prendre. La diarrhée est abondante et verdâtre. Le ventre se creuse,

l'amaigrissement est extrême. Le cœur devient faible de plus en plus. Le pouls est à 140, avec une hypothermie.

Enfin le 18 juillet la dyspnée augmente d'intensité sans caractère précis, le pouls devient filiforme, la figure se cyanose, les extrémités se refroidissent et la mort survient le 19 juillet 1903.

Autopsie. — Elle a été faite le 21 juillet, ce qui a permis de constater les lésions habituelles d'une fièvre typhoïde. Nous ne rapportons ici avec un peu de détails que les lésions pulmonaires, les seules nous intéressant dans ce cas.

A l'ouverture du thorax on constate de nombreuses adhérences assez faciles à détacher et surtout marquées à la base droite. Les poumons sont très congestionnés, léger emphysème au sommet droit et *pas de trace de tuberculose.*

Observation IV

(due à l'obligeance de M. Aviragnet).

X.. , âgé de 17 ans, mal en train depuis quelques jours s'est alité le 18 septembre 1902 avec de la fièvre qui a persisté et a graduellement augmenté les jours suivants (38° 5 ; 39° 5 ; 40°). Comme autres symptômes on notait de la céphalée, une extrême fatigue, une toux légère. Pas de diarrhée. Pas de taches rosées.

L'examen des poumons révélait au sommet droit l'existence d'une zone de congestion : skodisme à la percussion, augmentation des vibrations thoraciques, inspiration très affaiblie, quelques sibilants et râles sous-crépitants par instant.

Pendant la fin de septembre et les premiers jours d'octobre la température oscilla entre 39° et 40°. Les signes observés au sommet du poumon droit persistent. Il n'y avait pas de taches rosées. L'inquiétude était grande et l'on se demandait si cette fièvre continue n'était pas due à une tuberculose aiguë ; la congestion du sommet au poumon droit plaidait en faveur de ce diagnostic.

Bientôt cependant apparut la diarrhée caractéristique de la dothiénentérie et un séro-diagnostic positif fait vers le 10 octobre permit de poser le diagnostic de fièvre typhoïde.

La maladie évolua d'une façon sérieuse mais sans complication ; la guérison était définitive vers la mi-novembre, et le 28 le jeune homme partait en convalescence.

Les signes de congestion au sommet du poumon droit persistèrent pendant toute la durée de la maladie. Constatés pour la première fois à la fin de septembre par M. le Dr Aviragnet, ils furent trouvés les mêmes par M. le Dr Widal le 13 octobre et aux consultations qui eurent lieu entre MM. Widal et Aviragnet pendant ces mois d'octobre et de novembre.

La convalescence s'établit très bien ; le jeune homme revint à Paris en mars 1903 dans un excellent état de santé ayant engraissé. Il s'est toujours bien porté depuis. Les signes stéthoscopiques ont complètement disparu au sommet droit qui respire très normalement.

Observation V

(*due à l'obligeance de* M. Aviragnet).

Jeune fille de 21 ans ayant fait une fièvre typhoïde bénigne en octobre 1901. La dothiénentérie évolua sans complications, sans rechute. Mais la convalescence fut longue ; la jeune fille resta longtemps anémiée et amaigrie, mangeant peu, digérant mal.

A différentes reprises le Dr Aviragnet avait trouvé que le sommet du poumon droit respirait mal ; à la percussion il y avait un léger skodisme, les vibrations étaient exagérées, l'inspiration était affaiblie. Il y avait en un mot des signes de congestion. Ici encore, en présence de l'état peu brillant de la santé, de l'amaigrissement persistant, on se demanda si cette congestion du sommet du poumon droit n'était pas de nature tuberculeuse.

Tout s'arrangea par la suite. Après un été passé dans les montagnes l'anémie disparut, les forces revinrent. La jeune fille a continué à se bien porter elle s'est mariée depuis.

La dernière auscultation qui remonte à février 1903 n'a permis de constater aucune modification aux poumons.

Observation VI (*résumée*).

(*in* thèse de Vazeille).

Armand Pierre, 27 ans, charbonnier, entre le 21 janvier 1884 à la Pitié, service de M. Brouardel.

Mère morte de la poitrine.

Il a eu la rougeole à 2 ans, suivie de complications pulmonaires.

En 1880 il a eu une bronchite qui nécessite son séjour de trois ans à l'hôpital régimentaire. Pendant ce temps ses crachats avaient été plusieurs fois striés de sang.

Il entre à l'hôpital le 21 janvier après avoir toussé davantage depuis huit jours.

La fièvre est élevée, la langue est sale, fuligineuse, rate hypertrophiée.

Au sommet droit matité très marquée, en avant; à l'auscultation on entend de gros râles muqueux et craquements humides. *Il semble y avoir un ramollissement complet du sommet droit.* Rien de particulier dans le reste de la poitrine.

Température du soir 40° et du matin 39°8. On porte le diagnostic de *fièvre typhoïde avec tuberculose du sommet droit.*

Les jours suivants la température se maintient. Taches rosées très nettes.

Le 30 janvier. — Pas de modification des signes du sommet droit.

Défervescence achevée vers le 6 février.

Le 9 février. — Après deux jours d'apyrexie complète, réapparition de la fièvre. Sueurs, stupeur, la diarrhée reparaît. La fièvre est entre 38° et 39° les jours suivants.

Les phénomènes pulmonaires persistent. On pense à une tuberculose aiguë (ce qui n'était très probablement qu'une rechute.)

A partir du 20 *février* amélioration progressive.

Le 24. — La température est à 37°3. L'amélioration persiste.

L'état des poumons se modifie sensiblement. La bronchite et la congestion disparaissent. Au sommet droit les symptômes primitifs sont aussi en voie de diminution. Le malade crache beaucoup moins.

Le 1er *mars*. — L'auscultation est à peu près négative. On ne trouve plus que quelques râles sous-crépitants au sommet droit. L'expectoration est à peu près nulle. Il existe encore quelques rares craquements au sommet droit en arrière.

Etat général excellent, pas de sueurs nocturnes. Le malade engraisse.

Le 11 *mars*. — Au départ du malade pour Vincennes on constate quelques craquements secs très rares au sommet droit en arrière.

Rien dans le reste du poumon. La percussion est normale.

Revu le 28 *mars* au retour de Vincennes, le malade a un état général satisfaisant. L'expectoration est très faible, l'auscultation dénote seulement une respiration un peu prolongée en avant sous la clavicule droite. Les craquements ont disparu.

Observation VII (*résumée*).

(*in* thèse de Vazeille).

Mull... 21 ans, entre dans le service du professeur Brouardel le 19 novembre 1884.

Antécédents héréditaires et personnels nuls.

A l'entrée, il présente un faciès typhique, des taches rosées, une rate hypertrophiée, douleurs et gargouillements à la fosse iliaque droite, de la diarrhée et une température de 39°.

A l'auscultation on trouve des râles sibilants et ronflants disséminés. Râles muqueux à la partie supérieure du poumon droit. Quelques râles de congestion aux bases. Expectoration muco-purulente.

Les jours suivants la température oscille autour de 39°. La congestion se localise au sommet droit. La toux est plus fréquente, l'expectoration abondante et crachats purulents.

28 *novembre*. — Sueurs abondantes, le malade remplit presque son crachoir de crachats purulents, fétides.

A la percussion on a une matité en avant sous la clavicule droite, en arrière au sommet droit et aux bases.

A l'auscultation on entend : en avant sous la clavicule droite de gros râles muqueux. *L'examen microscopique ne décèle pas de bacilles de Koch.*

La température est à 39°.

3 *décembre*. — Les phénomènes thoraciques présentent une légère amélioration. Température 39°.

5 *décembre*. — Température 38° 6. L'expectoration a diminué. Les râles muqueux sont moins nombreux et plus limités. Du côté gauche la respiration est presque normale.

10 *décembre*. — Température 37° 2. L'expectoration se modifie. Il n'y a plus de gros crachats nummulaires, mais seulement de petits crachats purulents. A l'auscultation on n'entend plus que quelques râles muqueux disséminés du côté droit.

16 *décembre*. — Expectoration nulle. A l'auscultation, la

respiration est normale dans tout le poumon gauche en avant et en arrière. A droite respiration légèrement soufflante sous la clavicule. Dans tout le reste du poumon rien. Fièvre complètement disparue.

13 *janvier*. — Le malade part à Vincennes. L'auscultation montre une respiration normale dans l'étendue des deux poumons. L'état général est satisfaisant.

Observation VIII (*résumée*).

(*In* thèse de Cazalis).

B.., âgée de 8 ans, entre le 20 septembre 1870, salle Sainte-Margueritte, service de M. Triboulet.

Malade depuis six jours. Début par vomissements, céphalalgie et fièvre.

Etat actuel. — Assoupissement, prostration, lèvres sèches, fendillées, croûteuses. Langue sèche et rouge. Surdité apparente, lenteur de la parole. Le ventre est souple, mou, non ballonné, sensible à la pression dans les flancs et les fosses iliaques droites ; taches rosées pâles : pas de selle depuis dix-huit heures.

Hier il a eu une crise d'agitation avec céphalalgie et cris violents, nuit calme à la suite.

La peau est moite, le pouls petit à 104. Toux grasse, petite et rare.

Râles sous-crépitants et souffle au sommet droit.

Traitement. — Julep diacodé avec kermès 0,10. Lavement, lait, bouillon.

22 septembre. — Emétique 0,30 avant la visite. La veille accès d'agitation ; raideur du cou, yeux brillants fixes, bien ouverts.

Le souffle est étendu à droite et on en entend à la base gauche. Pouls 88.

23 septembre. — Mêmes phénomènes stéthoscopiques.

24 septembre. — Les râles diminuent un peu, pouls à 80.

25 septembre. — Souffles et râles sous-crépitants à droite, pouls à 76.

28 septembre. — Râles sous-crépitants à gauche surtout.

29 septembre. — Le souffle a disparu, les râles diminuent.

9 octobre. — La convalescence a été très rapide : exeat.

Observations similaires. — Nous groupons ici les citations que nous avons rencontrées dans les auteurs et qui sans avoir les détails d'une observation, en ont presque la valeur.

Guéneau de Mussy dans le troisième volume de ses cliniques. «... J'ai vu deux malades, nés de parents tuberculeux, qui dans le cours de fièvres dothiénentériques ont présenté des râles sous-crépitants localisés au sommet d'un des poumons et particulièrement sous la clavicule ; ces râles ont disparu dans la convalescence sans laisser aucune anomalie appréciable des organes respiratoires. »

Murchison cite une observation intitulée : fièvre typhoïde simulant une tuberculose aiguë. C'est l'histoire d'une femme avec antécédents héréditaires bacillaires qui entre à l'hôpital présentant tous les symptômes d'une tuberculose aiguë. Elle meurt et à l'autopsie

on ne trouve aucune trace de tuberculose. Les poumons étaient fortement congestionnés et œdémateux.

Nous trouvons *in* thèse de Vazeilles. « Georges Homolle a observé un fait de ce genre (hyperhémie du sommet pulmonaire au cours de la fièvre typhoïde) à la clinique de Necker et Peter en 1880 a cité de même un exemple de congestion du sommet indépendante de la tuberculose chez un typhique. »

CONCLUSIONS

1° La congestion broncho-pulmonaire, phénomène presque constant au cours de la fièvre typhoïde, peut se localiser assez fréquemment aux sommets pulmonaires.

2° Au point de vue pathogénique c'est une congestion spécifique au même titre que les manifestations broncho-pulmonaires de la rougeole, la coqueluche, etc. C'est-à-dire qu'elle est sous la dépendance directe de l'infection éberthienne.

3° Par sa localisation aux sommets elle simule de près la symptomatologie d'une tuberculose pulmonaire à forme rapide, et souvent elle a donné lieu à des erreurs de diagnostic et de pronostic.

4° Souvent on est embarrassé de faire un diagnostic immédiat et certain. Nous croyons cependant qu'on peut tirer quelques éléments de diagnostic de la variabilité des signes stéthoscopiques, des caractères du pouls et de l'absence de dyspnée.

5° Le pronostic en est bénin. Mais les sommets affai-

blis à la suite de cette atteinte auront besoin d'une surveillance toute particulière au moment de la convalescence.

6° La congestion broncho-pulmonaire du sommet ne peut aucunement modifier le traitement de la fièvre typhoïde, ce qui veut dire qu'elle n'est pas une contre-indication des bains froids.

Vu : le Président de thèse,
DIEULAFOY

Vu : le Doyen
DEBOVE

Vu et Permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Brouardel et Thoinot. — Article *Fièvre typhoïde* in Traité de médecine.

Billout. — La bronchite au cours de la fièvre typhoïde. *Thèse de Paris*, 1890.

Bretonneau, — De la dothiénentérie, *Archives générales*, 1826.

Bazin. — Lésions du poumon considérées dans les affections morbides dites essentielles. *Thèse de Paris*, 1834.

Béhier. — De la fièvre typhoïde à forme thoracique. *Archives générales de médecine*, novembre 1857.

Bruneau. — De la nature des complications broncho-pulmonaires de la fièvre typhoïde. *Thèse de Paris*, 1892-1893.

Bouillaud. — Clinique de la Charité, tome I, 1837.

— Clinique de la Charité, tome III, 1846.

Chantemesse. — Article *Fièvre typhoïde*, in Traité de Médecine *Charcot, Bouchard, Brissaud.*

Chantemesse et Widal. — *Archives de physiologie*, 1er avril 1887.

Castex (Nestor). — Accidents pulmonaires de la fièvre typhoïde, *Thèse de Paris*, 1879.

Cazalis. — Phénomènes congestifs dans la dothiénentérie, *Thèse de Paris*, 1874.

Chédevergue. — De la fièvre typhoïde. *Thèse de Paris*, 1864.

Chomel. — Leçons sur la fièvre typhoïde.

Chollet. — De la tuberculose au cours de la fièvre typhoïde. *Thèse de Paris*, 1883-84.

Déchambre. — Article *Fièvre typhoïde*, in dictionnaire.

De Laroque. — Traité de la fièvre typhoïde, 1847.

Dieulafoy.— Traité de pathologie interne, tome IV.

— De la mort subite dans la fièvre typhoïde, *Thèse de Paris*, 1869.

Destais. — Considération sur quelques accidents pulmonaires survenus au cours de la fièvre typhoïde, *Thèse de Paris*, 1878.

Déhu (Paul). — Etude sur le rôle du bacille d'Eberth dans les complications de la fièvre typhoïde.

Fleurot. — De l'influence de la fièvre typhoïde sur la phtisie pulmonaire. *Thèse de Paris*, 1872.

Fritz. — Etudes cliniques sur divers symptômes spéciaux observés dans la fièvre typhoïde. *Thèse de Paris*, 1864.

Guéneau de Mussy. — La fièvre typhoïde. Clinique médicale, tome III, 1884.

Griesinger. — Traité des maladies infectieuses.

Gral. — De la fièvre typhoïde chez les tuberculeux. *Thèse de Paris* 1882-83.

Girard. — De la fièvre typhoïde à début pneumonique. *Thèse de Paris*, 1881-82.

Guillermet. — Complications pulmonaires de la fièvre typhoïde: *Thèse de Paris*, 1878.

Jaccoud. — Dictionnaire médical.

— Leçons de clinique médicale. Paris, 1873.

— Traité de pathologie interne, tome II.

Le Coveo. — Etudes sur quelques cas de fièvre typhoïde chez les tuberculeux. *Thèse de Paris*, 1878.

Louis. — Recherches anatomiques, etc. sur la fièvre typhoïde, 1841.

Lyonnet. — Localisations pulmonaires dans la dothiénentérie. Lyon, 1891.

Murchison. — De la fièvre typhoïde, 2e éd.

Montier. — Fièvre typhoïde forme pulmonaire. *Thèse de Paris*, 1901.

Michel. — Pleurésies typhoïdes. *Thèse de Paris*, 1900.

Pipet. — Tuberculose et fièvre typhoïde. *Thèse de Paris*, 1899-00.

Peter. — Clinique médicale, tome II.

Potain. — La pleurésie et la tuberculose dans la fièvre typhoïde. *Gazette des hôpitaux*, 24 décembre 1885.

Rilliet et Barthez. — Traité des maladies des enfants. *Fièvre typhoïde.*

Trousseau. — Clinique de l'Hôtel-Dieu, 1873.

Vergnaud. — Fièvre typhoïde et tuberculose. *Thèse Paris*, 1900.

Vazeille. — Complication pulmonaire de la fièvre typhoïde simulant la tuberculose. *Thèse Paris*, 1885.

Imprimerie des Facultés, A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris